

## REVOCACION DE AUTORIZACION DE USO Y DIVULGACION DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD (PHI)

**INSTRUCCIONES A LOS PACIENTES:** Al firmar esta forma, usted puede revocar (terminar/poner fin) a la forma DOC-1163A Autorización de Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud (PHI) previamente firmada u otra forma medica de Autorización. Cuando el/la individuo/agencia autorizo previamente el uso y divulgación de PHI y recibe esta forma, la previa forma de Autorización ya no tiene efecto aunque la fecha de vencimiento no se ha alcanzado.

Cuando el/la individuo/agencia previamente autorizada de usar/divulgar su PHI al recibir esta forma firmada, la previa Autorización no esta en efecto así la fecha de vencimiento no haya sido alcanzada. Someta esta forma firmada a La unidad De Servicios de Salud, a la Unidad de Servicios Psicológicos, a la Oficina de Archivos, o a su agente dependiendo en donde previamente la firmo.

APELLIDO DEL/A PACIENTE (Imprima)	PRIMER NOMBRE (Imprima)	NUMERO DEL/A OFENSOR	INSTALACION
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Al firmar abajo, yo **revoco** la forma previa de Autorización escrita y firmada por mi en: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

Yo entiendo que la revocación de la forma previa de Autorización tendrá efecto cuando el/la individuo/agencia autorizada de usar/divulgar mi PHI reciba esta forma. Yo entiendo que el uso y divulgación de mi PHI puede haber sido basada en la forma previa de Autorización firmada por mí.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA FIRMADA	
FIRMA DE OTRO MIEMBRO DE PERSONAL AUTORIZADO(A) LEGALMENTE DE REVOCAR LA AUTORIZACION EN NOMBRE DE EL/LA PACIENTE	TITULO O RELACION AL/A PACIENTE	FECHA DE LA FIRMA

**INSTRUCCIONES A MIEMBROS DE PERSONAL DE DOC:** Al recibir esta forma firmada, el miembro de personal designado(a) archivara esta forma junto con la Autorización que esta siendo revocada y que no deberá ser utilizada para usar/divulgar PHI. Si la forma de Autorización que esta siendo revocada autoriza a otro(a) individuo/agencia fuera del DOC a divulgar PHI, DOC deberá entregar a dicho individuo/agencia una copia de esta forma.

**DISTRIBUTION:** Original – Medical Chart; Consents/Refusals Section or PSU Record; Legal Documents/Consents/Outside Records Section or Social Services file  
Copy – Individual/Agency authorized to disclose if other than DOC Copy – Patient, if requested

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD (Disclaimer)**

Esta es una traducción de un documento escrito en inglés, distribuido como una cortesía a las personas que no pueden leer inglés. Si resulta alguna diferencia o algún malentendido con esta traducción, el único documento reconocido sera la versión en inglés.

This is a translation of an English-language document provided as a courtesy to those not fluent in English. If differences or any misunderstandings occur, the document of record shall be the related English-language document.